UNIVERSITE DE MONTPELLIER

N° 83

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

DANS LE SATURNISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

PAR

René FAYOLLE

Né à Champsanglard (Creuse), le 17 janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MAIRET, Professeur, *Président.*
BOSC, Professeur.
EUZIERE, Agrégé
ROGER, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

DES

MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

DANS LE SATURNISME

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 83

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES

MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

DANS LE SATURNISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

René FAYOLLE

Né à Champsanglard (Creuse), le 17 janvier 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { MAIRET, Professeur, *Président.* / BOSC, Professeur. / EUZIERE, Agrégé. / ROGER, Agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a.l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. MAIRET, professeur, *président.*	MM. EUZIERE, *agrégé.*
BOSC, professeur.	ROGER, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR FAYOLLE

De lui, je tiens ma vocation et je m'efforcerai de marcher sur ses traces.

A LA MÉMOIRE

DE MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

A MA GRAND'MÈRE PATERNELLE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible gage d'amour et de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR REGRETTÉE

A MON COUSIN

HENRY DU BREUIL DE SOUVOLLE

A SA FEMME, A SON FILS MAX

En souvenir de notre excellente sympathie.

A MES ONCLES, A MES TANTES

COUSINS ET COUSINES

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

R. FAYOLLE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Pour l'honneur qu'il me fait de présider cette thèse.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

BOSC, EUZIÈRE ET ROGER

R. FAYOLLE.

AVANT-PROPOS

A la fin de mes études, je tiens à remercier tout particulièrement les maîtres qui ont pu, d'une façon quelconque, m'aider dans l'enseignement de la médecine, et qui m'ont fait franchir sans peine les obstacles que l'on rencontre souvent sur la route des études médicales. Je les remercie d'avoir fait de moi non seulement un homme conscient de la tâche ardue qui lui est dévolue, mais encore un homme à la volonté ferme et inébranlable dans ses principes et dans ses idées.

C'est tout d'abord à mes maîtres de l'Ecole de Limoges qu'iront mes remerciements, au regretté docteur Chénieux, qui a su guider mes pas dans l'art chirurgical; au docteur Raymond, dans le service duquel j'ai fait une année d'externat; enfin, au docteur Vouzelle, qui a été pour moi plus un ami qu'un maître.

A Paris, ma gratitude ira tout d'abord au professeur A. Broca, qui a su me dresser à faire un diagnostic chez les enfants; au docteur Doléris, dans le service duquel j'ai pu faire un long stage d'accouchement, ainsi qu'à son chef de clinique, le docteur Funck Brentano, et le docteur Dubrisay.

Enfin, je remercie le docteur Legris, qui m'a enseigné, pendant plus d'un an, dans son service, la médecine générale, le docteur Rémy, dont j'ai été l'interne pendant une année dans sa clinique de la rue Laugier, à Paris.

Malgré mon court séjour à Montpellier, il me paraîtrait ingrat de ne point exprimer mes remerciements à certains maîtres de cette Faculté. Que MM. les professeurs Sarda, Bertin-Sans, Vires, Tédenat, Soubeyran, Rauzier, acceptent le public hommage de ma gratitude, de même que le docteur Margarot, chef de clinique, qui a bien voulu me fournir le sujet de cette thèse et veiller sur mon travail.

DES

MANIFESTATIONS HYSTÉRIQUES

DANS LE SATURNISME

INTRODUCTION

Le plomb est un des premiers métaux isolés par l'homme. De tous temps, on s'en est servi soit comme récipient, comme conduit ou métal servant à l'orfèvrerie. On s'est servi aussi de ses sels, qui occupent une grande place dans l'arsenal thérapeutique; de nos jours surtout, ce métal, se prêtant aux exigences de la civilisation et présentant d'indéniables qualités par ses sels dans la fabrication des couleurs, a été une cause de poison pour l'organisme, soit pendant la préparation des sels, soit pendant leur emploi. Ce poison est d'autant plus redoutable que son action est lente et qu'elle varie dans une large mesure avec la constitution et l'hygiène habituelle des sujets exposés à l'intoxication.

Les empoisonnements aigus par le plomb sont en effet extrêmement rares.

C'est insidieusement que le plomb ou ses dérivés intro-

duits à doses infinitésimales dans l'organisme, se fixent sur certains organes, entraînant certains troubles de la nutrition auxquels succède une déchéance générale de tout l'organisme; c'est alors qu'apparaît la colique saturnine.

Nous n'insisterons pas sur l'action du plomb sur les divers organes; mais spécialement sur les centres nerveux, et nous emprunterons à MM. Lereboullet et Faure-Beaulieu leur description de l'action du plomb sur ces centres, qu'ils donnent dans la *Revue française de médecine et de chirurgie:* « Pendant de longues années, disent-ils, la description donnée par Tanquerel des Planches (1850), des accidents cérébraux graves liés au saturnisme, est restée classique.

» Il semble, qu'aujourd'hui, après les recherches, dont les plus importantes sont celles de MM. Mosny et Malloisel sur la méningite saturnine, un remaniement s'impose, d'où la question doit sortir avec un fond plus substantiel et des contours mieux arrêtés.

» Le plomb peut agir sur le cerveau par le mécanisme de l'hypertension vasculaire. L'action hypertensive du plomb, qu'elle soit due à une action directe du métal sur les tuniques artérielles, ou à l'excès d'adrénaline par suractivité des surrénales, doit rendre compte de certaines formes cérébrales du saturnisme, en particulier des formes convulsives. Les expériences de M. Aubertin montrent que les cobayes intoxiqués par le plomb réagissent fréquemment par des accidents d'hypertension: œdème aigu du poumon, crises éclamptiques; à l'autopsie, s'il y a des lésions hémorragiques inconstantes, des capsules surrénales, on ne trouve pas en tous cas de lésions cérébrales manifestes. Il ne s'agit donc pas, dans ces conditions, d'une agression directe sur les centres nerveux par le plomb.

» De même la néphrite saturnine peut déterminer tous les accidents de l'urémie nerveuse tels que les détermine toute néphrite atrophique lente, dont elle réalise une des formes les plus typiques. Ici encore, il s'agit d'une action tout à fait indirecte du plomb sur les centres nerveux, par l'intermédiaire des poisons urémiques; c'est de l'encéphalopathie urémique et non saturnine.

» A côté des saturnins hypertendus ou brightiques, et réalisant comme tels des accidents cérébraux, il en est chez lesquels les centres nerveux sont directement intoxiqués par le plomb. Ce sont ces derniers cas auxquels on doit réserver le nom d'encéphalopathie saturnine, à condition d'en serrer de près la signification exacte. »

D'après les acquisitions récentes de la science, la plupart des manifestations de l'encéphalopathie saturnine vraies seraient l'expression d'une méningite toxique. Celles-ci pourraient donner lieu à une symptomatologie très riche. On trouve chez ces malades le trépied méningitique: céphalée, vomissements, constipation. Le sujet se couche en chien de fusil, il a de la raideur de la nuque, du délire, des troubles oculo-pupillaires. Le signe de Babinski est positif. Dans certains cas, ce syndrome donne lieu à des manifestations particulières: délire, coma, convulsions, troubles spinaux... On reconnaît là, les formes cliniques de l'ancienne encéphalopathie saturnine (formes convulsive, délirante et spinale).

D'autres fois, la méningite au lieu d'avoir une évolution aiguë présente une allure chronique et donne lieu à un tableau clinique qui rappelle celui de la maladie de Bayle (paralysie générale saturnine).

Ces différents syndromes appartenaient au cadre de ce qui constituait autrefois toute l'encéphalopathie saturnine.

Mais, à l'heure actuelle, le domaine de cette dernière s'est trouvé considérablement agrandi depuis que l'examen du liquide céphalo-rachidien a permis de fixer la véritable nature des manifestations nerveuses du saturnisme.

Chez tous ces malades, la ponction lombaire donne issue à un liquide qui, dans certains cas, présente comme seul caractère de l'hypertension et qui le plus souvent présente une lymphocytose abondante.

L'existence de cette hypertension et de cette lymphocytose, chez de nombreux saturnins, ne présente pas de manifestations bruyantes de l'encéphalopathie, mais a permis de faire rentrer dans le cadre de cette dernière deux nouvelles formes: les méningites frustes et les méningites latentes.

La première entraîne quelques rares symptômes cliniques, de peu d'intensité; la deuxième est uniquement décelée par la ponction lombaire. La méningite, à la fois anatomique, dans les cas précédents, est ici simplement anatomique.

Ce résumé rapide montre que le plomb est susceptible de déterminer des désordres nombreux du côté du système nerveux central; soit par son action directe, soit par le mécanisme de l'hypertension ou par l'obstacle à l'élimination rénale. Mais, dans tous les cas, on trouve un substratum anatomo-physiologique permettant de se rendre compte de l'intoxication. Il n'en est plus de même dans une dernière catégorie d'accidents auxquels nous voudrions consacrer la dernière partie de cette étude.

Il est fréquent de voir apparaître chez les saturnins des manifestations nerveuses, dont les caractères dominants sont l'instabilité et la bénignité. Ces troubles ne s'expliquent ni par l'hypertension cérébrale, ni par l'insuffisance rénale, ni par une méningite saturnine.

Variables, polymorphes, ils offrent les caractères inconstants des manifestations hystériques, et par suite sont communément rangés sous le nom d'hystérie saturnine. Si leur symptomatologie ressemble à celle de la grande névrose, leur pathogénie est aussi incertaine que la pathogénie de l'hystérie. L'autopsie ne décèle aucune lésion qui puisse les expliquer; la ponction lombaire donne issue à un liquide cytologiquement normal. On se trouve en présence d'un syndrome entièrement superposable à l'hystérie, dont le mécanisme est aussi obscur que celui de cette dernière, mais dont, par contre, l'étiologie est très précise. Une intoxication précède la névrose; le saturnisme se trouve à l'orige de ces manifestations hystériques.

Les faits que nous venons de résumer sommairement, nous permettent de poser les problèmes que soulève l'hystérie saturnine. Une première hypothèse vient naturellement à l'esprit, étant donnée la similitude des manifestations de l'hystérie saturnine et des symptômes de la grande névrose. On peut admettre qu'il y a identité parfaite entre l'une et l'autre.

L'intoxication par le plomb aurait simplement joué le rôle d'une cause occasionnelle; elle aurait mis en activité un processus pathologique latent chez un sujet prédisposé. Chez ce dernier, le développement de l'hystérie n'aurait attendu, pour ainsi dire, qu'une occasion favorable et se serait produit au cours du saturnisme, tout comme il aurait pu apparaître à la suite d'une autre intoxication, d'une infection, ou encore d'un traumatisme psychique.

Une deuxième hypothèse lie plus étroitement les manifestations hystéroformes à l'intoxication par le plomb: celle-ci n'agirait plus comme une cause provocatrice, elle créerait de toutes pièces l'hystérie saturnine.

Si cette dernière hypothèse était vérifiée, l'analogie frap-

pante entre les deux hystéries porterait à admettre un mécanisme analogue dans leur mode de production et l'on pourrait se demander si la grande névrose proprement dite n'est pas, elle aussi, le résultat d'une intoxication dont l'origine serait dans un trouble du métabolisme général.

L'étude de l'hystérie saturnine est donc intéressante, non seulement en elle-même, mais encore au point de vue de la pathologie générale des diverses manifestations nerveuses, dont le mécanisme nous échappe encore, et que l'on groupe dans le cadre imprécis des névroses.

Un rapide historique nous permettra de souligner l'importance de la question.

Une étude clinique qui sera faite d'après des observations antérieurement publiées et d'après deux observations personnelles, nous permettra de préciser les faits et d'aborder un troisième chapitre relatif à la pathogénie de l'hystérie saturnine.

De l'ensemble de ces notions cliniques et pathogéniques nous tirerons quelques conclusions pratiques concernant le traitement.

HISTORIQUE

On peut consulter, en vain, les dictionnaires classiques, les articles concernant les intoxications chroniques, telles que le plomb, le mercure, l'alcool, etc., c'est à peine si de temps en temps on signale la ressemblance de certains symptômes avec ceux de l'hystérie. Paul d'Egine est peut-être le premier à avoir reconnu que la paralysie saturnine était accompagnée de la perte de la sensibilité.

En 1765, Strack, de Mayence, professeur de médecine dans cette ville, signale lui aussi, pour la première fois, l'hémi-anesthésie saturnine. Il cite le cas d'un ecclésiastique qui ayant bu du vin sophistiqué eut, après une colique, une paraplégie avec hémi-anesthésie totale. « Il ne lui restait, dit-il, ni mouvements, ni sentiments dans ses parties; on aurait pu les couper sans qu'il les eût senties. »

Stole, Andral, découvrirent quelques hémiplégies saturnines, mais sans rencontrer d'anesthésies nettes et localisées.

Il faut arriver au *Traité des maladies du plomb*, de Tanquerel des Planches, en 1839, pour trouver quelque chose sur l'anesthésie saturnine. C'est lui qui affirme que cette anesthésie est toujours partielle et qu'elle guérit parfois spontanément. Il formule aussi que dans les paralysies internes et de longue durée, il survient de la pâleur, du refroidissement, de la sécheresse et même de l'amincissement de la peau, souvent même une sudorèse abondante.

Tanquerel a étudié quelques troubles sensoriels tels que l'amaurose et la surdité et leur caractère est de disparaître tout à coup, mais l'auteur ne songe pas aux lésions organiques.

Duchesne de Boulogne, dans son livre de l'électrisation localisée étudie uniquement les paralysies motrices et ne différencie celles-ci que par la guérison plus ou moins rapide.

En 1870, dans les *Archives de physiologie*, Manouvrier différencie les altérations des diverses espèces de la sensibilité chez les saturnins : « L'anesthésie, dit-il, est un des accidents les plus précoces que l'on peut observer longtemps avant la paralysie motrice, surtout chez les ouvriers bien portants qui ne se doutent pas d'en être atteints. Elle existe exclusivement, ou prédomine, au point de contact du métal pour s'y localiser ou s'irradier en se diffusant à toute la moitié du corps ».

Deux ans plus tard, en 1872, Lewis, en Angleterre, observe des accès hystériques accompagnés d'hémichorrée chez de jeunes ouvrières manipulant la céruse.

En 1874, M. Raymond, dans son concours pour la médaille d'or des hôpitaux, montre deux cas d'hémiplégie accompagnés d'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle chez les saturnins. Il ne conclut, d'ailleurs pas, mais il insiste seulement sur l'analogie que présente cette hémi-anesthésie avec celle des hystériques. C'est alors qu'il décrit une véritable ataxie saturnine bénigne et passagère.

Enfin ce sont les thèses d'Ananief et de Hamant qui marquent l'époque à laquelle l'hémi-anesthésie saturnine est considérée définitivement comme faisant partie intégrante de l'intoxication saturnine.

Le professeur Potain, fait en 1887, le 9 janvier, une leçon magistrale dans ses leçons cliniques de la Charité. Il

fait rentrer toutes les hémi-anesthésies saturnines dans le cadre de l'hystérie. La même année, Achard publie sa thèse sur l'apoplexie toxique. Letulle a son tour complète, par deux mémoires, la symptomatologie des hystéries saturnines et mercurielles.

Enfin, de nos jours, c'est Mosny et Malloiselle qui font connaître la méningite saturnine et Lereboullet et Faure-Beaulieu qui, dans la *Revue française de médecine et de chirurgie,* publient l'action du plomb sur les centres nerveux.

ETUDE CLINIQUE

L'hystérie saturnine apparaît le plus volontiers, chez les sujets âgés et frappe surtout le sexe masculin. Chez eux, on trouve la plupart des manifestations que l'on rencontre en général dans la grande névrose. Ces symptômes présentent le plus souvent une grande variabilité, sont fugaces, transitoires, polymorphes; cependant, il en est quelques-uns qui présentent une permanence plus grande et qui constituent de véritables stigmates de l'hystérie saturnine.

Nous n'avons pas à nous préoccuper actuellement de l'origine de ces stigmates: qu'ils soient le résultat d'une suggestion, ou qu'ils aient apparu primitivement, ils n'en ont pas moins la même signification diagnostique, et leur caractère de permanence doit les faire classer à part et étudier dans un chapitre spécial.

I. *Symptômes permanents de l'hystérie saturnine.*

Stigmates. — Ces signes permanents sont signalés dans la plupart des observations. Ils sont habituellement peu apparents et demandent à être cherchés: ils sont surtout objectifs, et consistent dans des modifications de la sensibilité. Celle-ci peut être abolie ou, au contraire, exagérée. Elle est abolie très souvent au niveau de la cornée, au niveau du pharynx, ou de certaines zones cutanées; la vue

est troublée, le champ visuel rétréci; par contre, la pression de certaines zones provoque une douleur hors de proportion avec le contact qui la détermine: la pression des points sous-mammaires, des points ovariens, du testicule, sont habituellement suivis de violentes réactions.

Achard note dans plusieurs cas l'absence du réflexe pharyngien. Hischmann et Letulle signalent le rétrécissement du champ visuel. Ces mêmes auteurs citent l'excitation de plusieurs points hystérogènes (point sous-occipital, point lombaire, point iliaque, point testiculaire).

Chez les malades que nous avons vus dans le service de M. le professeur Mairet et dont nous rapportons les observations, on trouve des modifications analogues de la sensibilité. Le champ visuel est rétréci, le réflexe pharyngien faible; il existe des points douloureux au niveau du mamelon et de la fosse iliaque.

II. *Manifestations variables de l'hystérie saturnine*

Les manifestations que nous allons maintenant passer en revue sont caractérisées par leur polymorphisme et leur excessive variabilité; elles apparaissent ou disparaissent sans causes apparentes; elles se modifient au cours de circonstances les plus inattendues; elles changent de formes et de caractères sous l'influence de la suggestion, etc... Elles affectent le système nerveux dans toutes ses fonctions, donnant lieu, suivant les cas, à des troubles moteurs, à des troubles sensitifs ou à des troubles psychiques.

Nous laisserons de côté, dans cette étude, les manifestations discutables, relatives à certains troubles trophiques. Nous ne parlerons pas davantage de l'état des réflexes insuffisamment précisés dans l'hystérie, malgré les affirma-

tions de Babinski, et souvent modifiés dans le saturnisme, sous l'influence des lésions organiques dues aux poisons; nous laisserons également de côté l'étude des réflexes.

Troubles moteurs. — Ils peuvent être de deux ordres et consister soit en des accès convulsifs, soit en des paralysies.

Les crises convulsives ont été signalées par différents auteurs. Elles sont relatées par Debove (Société médicale des hôpitaux, 1879). Presque toujours, il s'agit de crises de petite hystérie, avec sensation de boule, convulsions toniques et cloniques, mouvements désordonnés avec cris et vociférations.

Au point de vue des manifestations convulsives, l'hystérie saturnine est, comme la grande névrose, une maladie qui s'associe et qui simule; un exemple très curieux d'une de ces associations nous est fourni par un malade de la clinique des maladies nerveuses.

Observation Première

Due à l'obligeance du Docteur Margarot, Hôpital-Général

G. H..., 25 ans, peintre-décorateur, entre à l'hôpital le 25 mai 1914, pour crises convulsives.

Antécédents héréditaires; père mort à 55 ans d'une attaque d'apoplexie. Il n'était pas alcoolique. Sa mère n'était pas nerveuse; elle est morte du choléra; sa sœur est épileptique, un de ses oncles s'est tué étant aliéné.

Antécédents personnels: Le sujet a eu la rougeole à 5 ans, et s'est bien porté jusqu'à la quinzième année. A partir de ce moment des crises se sont produites; la première aurait été consécutive à une frayeur, causée par son oncle, qui était aliéné. Cette crise est survenue sans aura,

la perte de connaissance a été complète, la chute s'est accompagnée d'un cri, elle a occasionné une fracture des os du nez, qu'il est facile de constater à l'heure actuelle. Le malade a écumé, s'est mordu la langue, a uriné sous lui. Après la crise il a dormi longtemps, s'est trouvé très fatigué, très abattu. Il ne se rappelait aucun détail de l'attaque. Le lendemain, il a une autre crise et a dû s'aliter par suite de la déclaration d'une fièvre typhoïde, qui l'a obligé à garder le lit pendant deux mois. Plus de crises pendant la maladie.

Pendant la convalescence, les crises ont recommencé avec le même caractère que précédemment. C'est alors que le peintre a commencé de manier les couleurs du décorateur. Les coliques de plomb débutent au bout d'un mois. Il continue son métier; mais, au bout de quelques temps, ce pauvre ouvrier est devenu inquiet, les crises d'épilepsie sont devenues plus fréquentes et ont des caractères plus nouveaux.

Tous les mois ou tous les deux mois les crises reviennent. Une aura les précédait et le sujet éprouvait des fourmillements dans le membre inférieur gauche. Fourmillements commençant au niveau des orteils, remontant le long de la jambe et de la cuisse pour gagner le tronc. Une sensation de serrement se produisait au niveau du creux de l'estomac, le malade sentait comme une boule remontant à la gorge qui l'étouffait.

Il ne tombait pas, mais se cramponnait aux objets qui l'entouraient, se débattait beaucoup, écumait, se mordait la langue, urinait parfois. Il regardait fixement, les mâchoires étaient crochetées, les dents serrées; il ne pouvait parler, mais il entendait tout comme s'il n'avait pas perdu connaissance.

Les convulsions étaient surtout toniques.

La crise était suivie d'un sommeil stertoreux, il se réveillait un peu obnubilé, mais il se rappelait des moindres détails de la crise.

A certains moments, il avait des troubles de la vue un peu particuliers; c'était tantôt un scotome central, obscur ou lumineux. D'autres fois, il présentait de l'hémianopsie latérale gauche. A certains moments, l'amblyopie était complète: parfois le sujet avait une vision de cercle coloré qui se produisait après la crise.

Vers l'âge de 20 ans, il a commencé à souffrir de l'estomac. il éprouvait une douleur épigastrique violente deux heures après avoir mangé, s'irradiant dans le dos à un point directement opposé (douleur en broche). En même temps que ces phénomènes douloureux, se produisaient des renvois acides agaçant les dents, des vomissements abondants glaireux, bilieux et parfois hématiques. Ces derniers, constitués tantôt par du sang rouge, tantôt par du sang digéré ayant l'aspect de suie ou de marc de café. A diverses reprises, il a eu un peu de melæna. L'entrée en scène de ces phénomènes gastriques a modifié l'allure de certaines crises. L'aura commence toujours par le membre inférieur gauche, mais la sensation de boule remontant de l'épigastre à la gorge s'accompagne de nausées et de vomissements qui sont parfois hématiques.

Depuis son entrée à l'hôpital, il présente des crises fréquentes dont le type général rentre dans la description précédente; elles ne se reproduisent pas cependant d'une façon uniforme. D'après l'infirmier, les unes précédées de l'aura, que nous avons décrite, s'accompagnent d'un enraidissement général et sont suivies d'un délire hallucinatoire au cours duquel le malade voit son oncle armé d'un couteau. Il se sent poussé à frapper les personnes de son entourage ou à se frapper lui-même.

Il revient à lui sans passer par une phase de sommeil et il conserve le souvenir exact de tout ce qui s'est passé au cours de ces crises; anesthésie complète à la piqûre.

Un deuxième type de crise est le suivant: Elle débute le plus souvent sans aura, s'accompagne d'une perte de connaissance absolue. L'immobilité du sujet est complète. Quand on lui parle, il ne répond pas; quand il revient à lui, il est égaré; il s'endort profondément et présente une amnésie absolue.

Entre ces deux types extrêmes de crise, on trouve toute une série d'intermédiaires. Les éléments cliniques des unes et des autres s'associent de diverses manières, donnant lieu à des attaques frustes réduites à l'aura ou à une poussée rapide de délire hallucinatoire. La perte de connaissance et les phénomènes qui caractérisent le vrai paroxysme comitial (émission involontaire d'urine, amnésie, égarements consécutifs) surviennent ou non au cours des diverses manifestations nerveuses polymorphes que nous avons décrites.

Au point de vue mental, le malade est inquiet, pleure facilement, s'imagine volontiers qu'il est l'objet de malveillance. Il s'énerve facilement, se met en colère; il a parfois des peurs. Il est enclin à se laisser aller à de longues rêveries.

Examen. — Le sujet se présente avec un air abattu, égaré, les yeux cernés, avec un liseré de Burton très net. La sensibilité cornéenne est diminuée, avec épiphora (O. G.), diminution de l'acuité visuelle de ce côté, avec rétrécissement concentrique très marqué du champ visuel. A droite, le champ visuel paraît normal ou très faiblement rétréci. Le réflexe pharyngé est faible. Le malade prend du bromure.

Il aurait été vu par des médecins qui auraient porté le diagnostic d'appendicite. Il a gardé pendant vingt jours de la glace sur le ventre.

L'exploration de la fosse iliaque étant très douloureuse et entraînant de la contracture de la paroi, il est difficile de se rendre compte de l'existence d'une tuméfaction abdominale; mais il est permis d'en mettre en doute l'existence, étant donné le caractère particulier de la douleur, qui est absolument intolérable, actuellement, et paraît ainsi peu en rapport avec une lésion ancienne.

Hyperesthésie du côté gauche du corps. Anesthésie à la piqûre du côté droit. La sensibilité profonde seule est conservée, mais très émoussée.

Nous sommes en présence d'un sujet chez lequel le diagnostic d'épilepsie essentielle ne saurait être mis en doute. Ce sujet, après l'apparition des premières crises comitiales, subit une intoxication chronique par le plomb: il en présente différentes manifestations caractéristiques, parmi lesquelles les coliques saturnines. Mais cet empoisonnement est relativement modéré, il ne va pas jusqu'à la production de lésions organiques: le rein n'est pas touché, l'hypertension est faible. L'intoxication est atténuée, elle entraîne des manifestations névrosiques dont la nature est nettement démontrée par l'existence de l'anesthésie pharyngée, d'une hémi-anesthésie occupant tout un côté du corps, d'hyperesthésie localisée en plusieurs points.

Chez un tel sujet, l'existence antérieure d'une attitude convulsive appelait la réalisation de phénomènes hypercinétiques. Ceux-ci se sont, en effet, produits, mais il s'est fait une intrication étroite des syndromes de l'hystérie et de ceux de l'épilepsie. Les crises épileptiques ont été

modifiées dans leur forme et leur allure par l'adjonction d'éléments cliniques appartenant à l'hystérie. Auparavant, elles apparaissaient brusquement ; elles sont maintenants précédées d'une aura constituée par une sensation de constriction, de boule pharyngée ; parfois même des vomissements se produisent, précédés d'un état nauséeux.

Si pendant la crise, la perte de connaissance reste absolue, s'il y a encore une émission involontaire d'urines, si ces phénomènes laissent après eux de l'amnésie, de l'égarement, de la fatigue, signes, tous bien caractéristiques d'une crise d'épilepsie. Il n'en est pas moins vrai qu'à certains moments la conscience paraît simplement obnubilée. Le sujet entend ce qu'on lui dit, mais ne peut pas répondre ; d'autres fois, il a des hallucinations et un peu de délire ; autant de symptômes variables d'ailleurs qui modifient l'évolution rigoureuse et brutale de la crise comitiale, appartiennent manifestement à l'hystérie. Bien plus, à côté de ces manifestations qui s'associent, on peut se demander s'il n'en est pas d'autres qui simulent, et si, chez le malade, à côté des manifestations comitiales vraies, modifiées dans leur allure par l'adjonction d'un élément nouveau, il n'y a pas de crises qui relèveraient uniquement de l'hystérie.

La contraction musculaire peut encore, chez les hystériques, déterminer des troubles moteurs, autres que des convulsions passagères. Cette contraction peut être permanente et déterminer alors de la contracture. On peut encore observer des mouvements désordonnés, arythmiques, rappelant la chorée, les tics, et enfin différents tremblements dont le polymorphisme et l'extrême variabilité constituent les meilleurs éléments de diagnostic avec le tremblement saturnin proprement dit.

Troubles paralytiques. — L'hystérie saturnine peut engendrer des paralysies nombreuses. Celles-ci peuvent être généralisées comme dans l'hémiplégie et dans la paralysie hystérique, ou se localiser au niveau d'un membre ou de certains groupes musculaires. Elles sont flasques ou accompagnées de contracture. Parfois très tenaces, surtout quand l'attention du malade a été trop attirée sur elles. Elles se montrent généralement fugaces et sont sujettes à de nombreuses variations sous l'influence de la suggestion et se déplacent sous l'influence de l'aimantation. Ces paralysies sont systématiques, c'est-à-dire qu'elles portent sur une fonction musculaire plutôt que sur des muscles eux-mêmes. Tels muscles seront paralysés qui entreront en contraction lorsque le malade accomplira un mouvement différent de celui qui avait été d'abord commandé. Elles se compliquent volontiers de troubles de la sensibilité.

APOPLEXIE ET HEMIPLEGIE DANS L'HYSTERIE SATURNINE

L'hémiplégie de l'hystérie saturnine est très souvent précédée d'une apoplexie. Aussi, bien que cette dernière soit en réalité, constituée par une abolition de la conscience et de la sensibilité, nous l'étudierons quand même à cette place.

Elle a été en particulier bien étudiée par Achard dans sa thèse.

Observation II

Thèse d'Achard, Paris 1887

Grégiot (Jean-Alphonse), âgé de 41 ans, peintre. Rien à relever dans les antécédents héréditaires. Blessé pendant la guerre de 1870; fractures multiples du pied et de la jambe gauches; gelure des membres inférieurs jusqu'aux genoux. A la suite, survint une déformation des deux pieds en griffe; on essaya d'y remédier par des sections de tendons, mais il resta une attitude vicieuse permanente, et les deux pieds sont en varus équin, l'axe du pied décrivant une courbe dont la concavité regarde en dedans, en bas et en arrière.

Variole et fièvre typhoïde après la guerre. Pas de syphilis.

Le malade avoue des excès alcooliques; il a des rêves et des cauchemars; il a eu quelquefois des pituites, le matin.

Il est d'un caractère impressionnable, se met facilement en colère. Il raconte avoir eu, il y a quinze ans une attaque de nerfs, à la suite d'une contrariété et d'excès alcooliques.

Il travaille à la peinture depuis l'âge de 12 ans, et a eu seize atteintes de coliques de plomb; la première survint à l'âge de 27 ans, en 1873. A cette époque, il eut de la paralysie des extenseurs du côté droit.

En 1880, un soir, étant assis sur une chaise, il se sentit s'affaiblir tout d'un coup, et s'affaissa sans connaissance. Des camarades le relevèrent; la perte de connaissance ne dura que quelques instants, mais quand il revint à lui, il était paralysé de tout le côté droit; il ne pouvait marcher; la parole était difficile; mais il n'y avait pas d'aphasie. Après cette époque, le malade fut porté à l'infirmerie de Bicêtre (il était employé dans l'hospice), dans le service de M. Debove. On constata une hémiplégie droite et une hémi-anesthésie de ce côté, intéressant la peau comme les muqueuses et les sens spéciaux; le goût et l'odorat étaient abolis, et la vue diminuée à droite. On le traita par des bains sulfureux et par des séances quotidiennes d'électrisation. La paralysie diminua, et, au bout de huit mois, le malade quitta l'infirmerie ne conservant plus qu'un léger affaiblissement du côté droit. La sensibilité était complètement restaurée.

Quelque temps après, il partit pour l'Algérie, où il resta jusqu'en 1885. Là il contracta des fièvres intermittentes. Il continua pendant tout ce temps son métier de peintre et eut encore quelques atteintes de coliques de plomb, mais pas d'attaque nouvelle, ni d'hémiplégie.

Le 31 décembre 1886, il entre à l'hôpital Andral, salle des hommes, lit n° 37, dans le service de M. Debove, pour des phénomènes de bronchite chronique.

Nous constatons que la sensibilité générale est intacte et ne présente aucune différence d'un côté à l'autre. La sensibilité spéciale est normale également. La pression du dynamomètre donne: main droite, 20; main gauche, 16. La main droite ne traine pas, et il n'y a pas d'autre difficulté dans la marche que celle qui résulte de la déformation des pieds signalée plus haut.

Les mains présentent une déformation en griffe: les phalanges sont un peu fléchies les unes sur les autres; les articulations métacarpo-phalangiennes font saillie à la face palmaire; les doigts sont déviés en masse vers le bord cubital. L'éminence thénar, les muscles interosseux offrent une atrophie manifeste; les mouvements d'opposition du pouce sont très diminués; les doigts ne peuvent s'écarter ni se rapprocher les uns des autres. La déformation de la main et l'atrophie musculaire sont moins prononcées à gauche qu'à droite. Pas de paralysie des extenseurs.

Observation III

(Résumée)

M. Lannois, Journ. de Thérap., 1880, page 241.

Homme de 33 ans, peintre en bâtiments, saturnin. En travaillant, il est pris d'éblouissement passager et tombe sur le côté gauche. A la suite, il est atteint d'une parésie de tout le côté gauche et d'une hémi-anesthésie irrégulière: en certains points, il n'y a qu'un simple retard de la sensibilité. Le goût est aboli à gauche, et l'odorat notablement affaibli. La vue est diminuée à droite. L'ouïe est diminuée à gauche.

Injection d'un centigramme de nitrate de pilocarpine du côté gauche de la poitrine. Retour de la sensibilité d'une façon irrégulière.

Ces apoplexies saturnines sont bien d'ailleurs indépendantes d'une lésion organique. Plusieurs faits le démontrent. En premier lieu, les encéphalopathies saturnines, dont l'apoplexie n'est qu'une variété, ne présentant à l'autopsie aucune altération matérielle de l'encéphale. En outre, dans un fait de Brochin (*Gaz. des hôpitaux,* 27 fév. 1875, p. 186) nous voyons une apoplexie saturnine, ou plus exactement des phénomènes comateux avec attaques convulsives, accompagnés d'hémiplégie et d'hémi-anesthésie et terminés par la mort sans lésion nécroscopique, si ce n'est l'anémie de la substance cérébrale.

Dans un second fait avec autopsie, observé par Roussi et publié dans la thèse d'Aigre (Thèse de Paris, 1879, n° 215) l'apoplexie, survenue pendant le sommeil, avait été suivie d'hémiplégie, avec contracture et hémi-anesthésie. La métallo-thérapie avait fait disparaître ces phénomènes lorsque le malade succomba à des accidents brightiques; l'autopsie ne montra aucune altération d'organes que la néphrite parenchymateuse.

L'hémiplégie saturnine qui fait suite à cette apoplexie présente tous les caractères qui différencient l'hémiplégie de la grande névrose de l'hémiplégie organique. Des observations analogues ont été rapportées par Hischmann.

L'hémiplégie saturnine, signalée par Stoll, Andral et Tanquerel a été étudiée dans la thèse de Manouvriez et, en 1874, par Vulpian et Raymond. Elle est rarement complète : le plus souvent c'est plutôt une parésie qu'une paralysie véritable ; le malade traîne plus ou moins la jambe en marchant, on constate à l'aide du dynamomètre, une dimi-

nution variable de la force musculaire du membre supérieur.

Nous devons signaler dès maintenant deux phénomènes qui, comme nous le verrons plus tard, ont une importance capitale, au point de vue du diagnostic. La contractilité électrique est conservée dans son intégrité; parfois même elle est exaltée. En second lieu, quelque éloignée que soit l'époque du début, on ne constate point d'atrophie musculaire notable.

L'hémiplégie s'accompagne toujours d'hémi-anesthésie. Cette dernière est absolument identique à l'hémi-anesthésie des hystériques; car, ainsi qu'on peut s'en rendre compte, « il n'existe aucun caractère, tiré de l'état de la sensibilité qui permette à lui seul de différencier les deux variétés étiologiques ».

D'ailleurs, il n'est pas indispensable qu'il y ait eu apoplexie pour voir apparaître l'hémiplégie et l'hémi-anesthésie; il existe nombre d'observations où les deux symptômes ne se sont développés que lentement sans même que le malade en eût conscience.

En voici un exemple:

Observation IV

Hischmann, Thèse de Paris.

X... Mélanie, fondeuse en caractères d'imprimerie, entrée le 24 février 1886, salle Sainte-Anne, lit 24, Hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy.

Antécédents héréditaires: Mère arthritique, rhumatisante. Comme antécédents pathologiques, la malade a eu la scarlatine à l'âge de 7 ans, la fièvre typhoïde à 18 ans, affections qui n'ont laissé aucune trace à leur suite. Elle n'a jamais été enceinte. Depuis l'établissement de la mens-

truation, elle est très nerveuse, pleure et rit souvent sans motif sérieux, a des rêves toutes les nuits et a fréquemment la sensation d'une boule qui lui remonte à la gorge et l'étouffe. Elle est, dit-elle, sujette aux syncopes, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Son embonpoint s'est accru sensiblement depuis quatre ou cinq ans. Depuis dix ans, elle exerce le métier de fondeuse en caractères d'imprimerie et elle a déjà eu quatre accès de coliques de plomb; la dernière remontant à dix-huit mois pour laquelle elle fut traitée à la Charité, dans le même service. Depuis cette époque est survenue une céphalée presque continue avec exacerbations intermittentes qui se produisent à tous moments et sans cause appréciable.

Il y a 15 jours, elle fut prise subitement de douleurs abdominales extrêmement violentes accompagnées de constipation opiniâtre; puis, il y a 5 jours, des vomissements se produisirent et durèrent jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital.

Symptômes à peu près classiques de la colique saturnine, sur lesquels nous n'insistons pas. Il existe un liseré de Burton des plus caractéristiques.

En dehors de cet état, la malade accuse depuis quelques mois déjà un certain degré de faiblesse du membre inférieur gauche, laquelle s'accompagne d'une diminution de la sensibilité de tout le côté droit dont elle se rend parfaitement compte.

Il n'y a pas de paralysie à proprement parler du côté du membre supérieur, bien que la force musculaire soit inférieure à la normale (dynamomètre: M. D., 40; M. G., 15).

Il existe une hémi-anesthésie gauche complète. La malade ne sent ni piqûre, ni pincement de la peau. Il y a analgésie absolue. La sensation de température n'existe

pas davantage, le sens musculaire a également disparu; la malade perd ses membres dans le lit. La contractilité électrique est intacte, le courant faradique paraît même développer une contraction plus énergique et plus rapide des muscles du côté gauche.

Les sens spéciaux sont également atteints. Diminution de plus de moitié du champ visuel de l'œil gauche par rapport à l'œil droit. Pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie. Diminution de l'acuité visuelle. L'oreille gauche ne perçoit le tic-tac de la montre que lorsque celle-ci est directement appliquée sur le conduit auditif. Anosmie et agusmie.

Abolition du réflexe du voile du palais, diminution du réflexe rotulien à gauche; abolition du réflexe plantaire. Douleur ovarique gauche à la pression.

Il faut ajouter à ces symptômes que la sensibilité du côté droit est certainement moins développée qu'à l'état normal. Il faut une pression assez considérable pour que la malade ait la sensation du tact et un pincement relativement assez fort pour qu'il y ait douleur.

Rien du côté des autres appareils, si ce n'est quelques douleurs vagues au niveau des articulations du membre inférieur droit. Guérison par électrisation faradique et bains sulfureux.

Samsoen rapporte également dans sa thèse deux cas d'hémiplégie saturnine avec anesthésie du membre inférieur, survenue sans apoplexie chez de vieux cérusiers. Dans l'un, la contractilité et la sensibilité électriques étaient intactes, il n'y avait pas d'atrophie musculaire. Dans l'autre, la contractilité électrique était légèrement diminuée. La guérison fut presque complète après l'application de simples plaques de cuivre. Il n'en attribue pas moins ces accidents à une lésion cérébro-spinale.

L'hémi-anesthésie peut-elle exister sans hémiplégie du côté atteint? Le fait est certain, mais relativement rare. En général, l'examen approfondi du côté anesthésié fait reconnaître qu'il existe en même temps un certain degré plus ou moins léger de parésie.

Des exemples de paralysies particulières, de monoplégies ont été signalés. Nous nous bornerons à citer la paralysie hystérique des extenseurs du poignet, qui peut simuler, ainsi que l'a montré Potain, la paralysie radiale saturnine.

Troubles sensitifs. — Ce sont habituellement des troubles de la sensibilité objective. L'hémiplégie, nous l'avons vu, s'accompagne presque toujours d'hémi-anesthésie, et cette hémi-anesthésie est sensitivo-sensorielle : elle est souvent complète et porte sur les différents modes de la sensibilité (chaleur, contraction, douleur, froid, électricité) Elle est fugace et facilement modifiée par la suggestion, les métaux, les aimants. Les exemples que nous avons donnés nous dispensent de revenir en détail sur les différents caractères de ces troubles sensitifs.

Troubles mentaux. — Les troubles mentaux observés chez les saturnins ont été peu rattachés jusqu'à ces derniers temps à l'hystérie saturnine. Cependant, l'intoxication saturnine donne lieu volontiers à du délire accompagné de confusion mentale et d'hallucinations, présentant par conséquent le caractère des délires toxiques et ayant la même évolution rapide et le même caractère passager. Nous verrons au cours de l'étude pathogénique ce que nous aurons à faire, comment cette notion pourra nous servir à comprendre certains faits de l'hystérie saturnine et de l'hystérie vraie. Nous nous bornerons à rap-

porter maintenant un cas qui nous paraît particulièrement intéressant : il s'agit de crises de somnambulisme se produisant chez un saturnin.

Nous avons pu suivre à la clinique des maladies nerveuses, un sujet atteint de troubles consécutifs à une double intoxication par l'alcool et le plomb qui, en dehors de toute prédisposition névrosique, ont revêtu l'allure clinique typique de l'hystérie.

Dans son enfance V... a eu le carreau.

A partir de 12 ans, il est peintre. Il buvait 1 litre et demi de vin et trois « pernods » par jour. Il a de l'albumine dans les urines avec rétention passagère ; quelques douleurs lombo-abdominales, sans manifester les caractères nets de la colique de plomb.

Il a eu des troubles gastro-intestinaux, nausées, vomissements, quand il prenait tant d'alcool.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il a eu du délire accompagné d'hallucinations de la vue, de l'agitation, du tremblement, aussi marqué le matin que le soir. Tremblement non continu, à oscillations imperceptibles et disparaissant spontanément sous l'influence de la volonté.

A son entrée à l'hôpital, V... se trouve dans un état d'affaiblissement très grand : maigre, pâle et de teinte terreuse. Il a les dents noires, les gencives portent le liseré, ses joues sont bleutées ; il est très enroué et presque aphone.

Toujours ensommeillé, il répond correctement quand on l'interroge, mais lentement. Il n'a ni hallucinations, ni délire.

La nuit, quand il dort, il se lève, s'habille sans rien dire et descend dans la cour. Si on l'interroge, il répond qu'il va travailler à son métier de peintre. Souvent, il court d'un lit à l'autre, réveillant les autres malades, s'imaginant

qu'ils sont ouvriers comme lui et employés au même chantier. Puis il remonte au dortoir, se déshabille correctement et paraît s'endormir.

Au réveil, il a l'esprit embrouillé, les idées confuses, il croit être à l'atelier, une excitation un peu forte et un appel le font sortir de cet état; ces actes effectués pendant le sommeil, s'accomplissent dans une sorte d'état second et sont suivis d'une amnésie complète.

Les troubles psychiques apparaissent pendant trois jours et disparaissent; l'impotence motrice également. Les autres appareils sont intacts.

Examen. — Développement normal. Pas de stigmates de dégénérescence. Le sujet est triste et déprimé.

Les membres inférieurs sont normaux, la main gauche est légèrement fléchie sur le bras tendu. Cependant, le malade fait tous les mouvements. La force musculaire est diminuée. L'excitabilité mécanique est conservée alors que l'excitabilité faradique est augmentée pour le fléchisseur commun des doigts. Pas de réaction de dégénérescence.

A droite, la main présente moins de force, une légère atrophie et la réaction de dégénérescence est positive.

Il existe une légère anesthésie pharyngée, de l'hyperesthésie; le champ visuel est légèrement rétréci. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Quelques traces d'albumine dans les urines. Rien aux poumons, exagération du deuxième bruit du cœur.

PATHOGENIE

Nous avons donné des exemples cliniques de l'hystérie saturnine: nous avons rapporté des faits qui nous ont permis de constater l'existence d'un syndrome névrosique, apparaissant au cours du saturnisme, dont les symptômes, superposables à ceux de l'hystérie vraie, ne relèvent, com-

me ces derniers, d'aucune altération organique du système nerveux. Il s'agit donc, à n'en pas douter, d'une hystérie; mais d'une hystérie à l'origine de laquelle se trouve un élément étiologique spécial, l'intoxication par le plomb. Quels sont les rapports de cette hystérie avec la grande névrose proprement dite? Quels sont, d'autre part, ses rapports avec le saturnisme?

Deux hypothèses ont été formulées: la première, soutenue plus spécialement par MM. Debove et Achard, admet que l'hystérie saturnine est une hystérie véritable dont le plomb a été la cause occasionnelle.

Cependant, certains auteurs signalent le caractère un peu particulier que ces manifestations revêtent au cours de l'hystérie saturnine. Il serait téméraire, dit Hischmann, de nier l'influence que l'intoxication peut exercer sur la forme particulière des accidents. Un certain nombre de faits nous ont démontré que, précisément, l'hystérie toxique présente certains caractères, qui portent le cachet même de l'intoxication qui la fait apparaître.

C'est ce que M. le professeur Charcot a énoncé dans la loi suivante: « Les intoxications n'ont qu'une importance réduite sur la production des phénomènes hystériques, mais elles ont une influence énorme sur la forme des accidents ».

Or, un des caractères les plus importants de l'hystérie est la simulation des symptômes propres à toute espèce d'état pathologique. De même, par conséquent, qu'elle simule l'apoplexie, elle simulera une paralysie, un tremblement, etc.

Charcot parle d'un alcoolique invétéré ayant des attaques d'hystérie classique avec hallucinations. Or, ces hallucinations, tout en se produisant pendant les crises hystériques et au moment des attitudes passionnelles, gardent le caractère des hallucinations alcooliques. Et, chez

les mercuriels, l'hystérie ne simule-t-elle pas le tremblement hydrargyrique?

Voilà donc véritablement des caractères que l'hystérie emprunte aux intoxications. Il est même permis de se demander si, en l'absence de ces intoxications, l'hystérie aurait vu le jour. La question est difficile à résoudre; toutefois, on peut supposer, qu'à défaut d'intoxication, elle aurait trouvé probablement plus d'une autre occasion, ne fût-ce qu'un traumatisme ou une impression morale un peu vive, pour se manifester.

Si l'hystérie saturnine était une hystérie vulgaire apparue simplement à l'occasion d'une intoxication par le plomb, elle frapperait surtout les sujets jeunes et les femmes, mais elle est particulièrement fréquente chez les vieux saturnins du sexe masculin.

Le caractère spécial des symptômes de l'hystérie saturnine nous apparaît plus grand encore à la lumière de certains faits. Le plomb n'est pas le seul poison qui puisse donner lieu à des troubles hystériformes: l'alcool, le mercure peuvent produire des phénomènes analogues; l'éther détermine des modifications d'allure névrosique, la cocaïne donne lieu à des phénomènes convulsifs que l'on avait d'abord considérés comme relevant de l'épilepsie, mais que des faits récents ont permis de rapprocher de l'hystérie.

MM. Margarot et Blanchard rapportent dans un cas de cocaïnisme euphoristique: « la perte de connaissance, com-
» plète au début, disent-ils, fit place, à la fois, à une sorte
» de demi-conscience, au cours de laquelle le sujet avait
» une notion très vague de son existence et se trouvait,
» comme dans un rêve.

» Un peu plus tard, à la suite de doses toujours crois

» santes, il eut des crises épileptiformes subintrantes. Un » jour, il resta douze heures dans le coma.

» Des paroxysmes analogues ont été décrits par de » nombreux auteurs. D'une façon générale, on admet que » leur type habituel les rapproche des crises d'épilepsie. » Cependant, les phénomènes convulsifs sont loin de se » présenter avec la régularité brutale des vraies attaques » comitiales. Il n'y a généralement pas de cri initial, on » n'observe pas d'émission d'urine, ni de matières féca- » les; enfin, — et ce dernier fait est important à souli- » gner, — la perte de connaissance n'est pas toujours » complète, ni l'amnésie consécutive absolue. Après une » courte phase d'inconscience totale, se produisent des » manifestations qui font volontiers songer à l'hystérie. » Aussi, considérons-nous les convulsions du cocaïnisme » aigu comme présentant des caractères cliniques spé- » ciaux qui les rapprochent à la fois des crises épilepti- » ques et des paroxysmes hystériques ».

Les délires toxiques qui apparaissent au cours des intoxications précitées présentent les analogies les plus grandes avec les délires hystériques. Ce fait a été particulièrement bien mis en évidence par MM. Mairet et Salager. On observe dans les deux cas un délire de rêve et une grande mobilité s'accompagnant d'hallucinations surtout visuelles. De sorte que, chez un intoxiqué chronique, l'apparition d'un semblable délire peut être aussi bien mise sur le compte de l'intoxication elle-même que sur celui de l'hystérie toxique déterminée par le poison.

Enfin, les tendances humorales actuelles poussent les auteurs à admettre que les différentes névroses sont le résultat de l'action sur le système nerveux de poisons résultant d'un métabolisme général défectueux. En particulier, les viciations des sécrétions internes seraient pré-

pondérantes. On sait depuis longtemps, en ce qui concerne l'hystérie, quelle est l'influence sur son évolution de la vie génitale, la puberté, la menstruation, la grossesse, la ménopause. D'autre part, on sait quelle influence exercent sur l'émotivité certaines sécrétions internes. Le rôle du corps thyroïde à cet égard n'est pas douteux. Léopold, Lévis et H. de Rothschild vont même jusqu'à prétendre que l'émotivité tout entière est une fonction de l'instabilité thyroïdienne. L'intoxication hyperthyroïdienne n'a-t-elle pas pour conséquence des phénomènes psychiques superposables à ceux de l'hystérie? Les hallucinations hypnagogiques, le délire onirique sont souvent notés. Pendant longtemps, on a cru à l'association fréquente de l'hystérie avec la maladie de Basedow.

Joffroy, remarquant la fréquence de ces manifestations hystériques, expliquait par elle la plupart des troubles psychiques rencontrés dans la maladie de Basedow: d'après Gilbert Ballet, les hallucinations visuelles de l'exophtalmie relèvent de l'hystérie.

Ne peut-on pas conclure, de l'analyse de certains troubles psychiques basedowiens et des manifestations hystériques, à la réalisation dans le goître exophtalmique d'une véritable hystérie toxique? Celle-ci serait le fait d'une auto-intoxication, tout comme l'hystérie saturnine est le fait d'une intoxication d'origine exogène.

Ainsi donc, l'hystérie saturnine nous paraît étroitement liée à l'intoxication par le plomb. Elle constitue un exemple des hystéries toxiques, lesquelles apparaissent de jour en jour plus nombreuses. L'hystérie, névrose elle-même, nous apparaît comme due peut-être à des troubles encore mal déterminés des sécrétions internes.

L'hypothèse qui fait de l'intoxication saturnine la cause exclusive de l'hystérie saturnine nous paraît donc la mieux

fondée. Un dernier point reste à fixer. Par quel mécanisme l'intoxication réalise-t-elle l'hystérie?

Voici ce qu'écrit à ce sujet Hischmann:

« On doit se demander si certaines intoxications, comme le plomb et le mercure, ne préparent pas le terrain en affaiblissant d'abord les nerfs périphériques en des points circonscrits, de manière à déterminer un réflexe à la suite duquel tout un côté du corps peut se trouver atteint, sans que par suite la fibre musculaire soit altérée. Cette application ferait comprendre la conservation de la contractilité électrique dans les muscles paralysés.

» Mais il est plus vraisemblable d'admettre que les substances toxiques, qui, après tout, sont bien peu absorbées par la peau, agissent plutôt sur l'ensemble du système nerveux central, pour y déterminer une inertie fonctionnelle, dont la conséquence est la production de l'hémiplégie et de l'hémi-anesthésie hystériques par exemple. Telle est l'opinion de M. Pitres, qui l'expose en ces termes: « Certaines intoxications ont pour effet de modifier profondément l'excitabilité des centres nerveux; elles peuvent entre autres phénomènes déterminer des inerties fonctionnelles des centres sensitifs qui se traduisent cliniquement par des anesthésies basilaires semblables à celles qu'on observe chez les hystériques ».

Malheureusement, la pathologie expérimentale, qui a étudié les lésions occasionnées par le plomb, le mercure et l'alcool sur les nerfs périphériques, ne nous a pas encore renseignés sur le mode d'action de ces substances sur les centres nerveux.

Les impossibilités auxquelles se heurtaient les auteurs qui s'occupaient de la question en 1888 sont moins grandes à l'heure actuelle: on connaît mieux l'action des toxiques sur le métabolisme général.

L'hystérie saturnine est une des manifestations les plus légères des intoxications par le plomb. On ne se trouve pas en présence d'une atteinte brutale des centres nerveux par le poison, mais d'un ensemble de troubles de la nutrition ayant le plomb pour origine; celui-ci détermine une anémie particulière, ainsi que l'a montré M. Aubertin, une exagération de la sécrétion des capsules surrénales, et par suite, secondairement, des modifications sécrétoires au niveau des autres appareils glandulaires internes.

Les émotions, dont on connaît l'importance dans la genèse de l'hystérie, ne produisent-elles pas aussi, par l'excitation des nerfs splanchniques, une sécrétion exagérée d'adrénaline. Dès lors, l'hystérie, dans son ensemble, peut être interprétée comme répondant à une intoxication spéciale des centres nerveux sous l'influence de troubles mal connus du métabolisme général. Ceux-ci seraient la cause prochaine de l'hystérie, mais seraient eux-mêmes sous la dépendance de processus étiologiques variables; trouble du développement des organes à sécrétion interne chez les dégénérés, viciation du fonctionnement de ces organes sous l'influence de causes pathologiques (infection, intoxication, diathèse...). L'hystérie saturnine ne serait qu'un cas particulier du syndrome total des hystéries toxiques, qui comprendraient également l'hystérie proprement dite.

TRAITEMENT

Avec le professeur Vires, nous combattrons d'abord, au point de vue pathogénique « les idées fixes et nous renforcerons la synthèse mentale ». Puis nous isolerons complètement et d'une façon absolue, nos malades en les suggestionnant à l'état de veille et de sommeil hypnotique.

« Aux facteurs étiologiques, primordiaux, fondamentaux, à savoir la tare héréditaire dégénératrice, nous opposerons une prophylaxie sévère. Aux facteurs prédisposants et occasionnels, nous opposerons une hygiène préservatrice constante » (Vires).

L'attaque convulsive sera redevable des anti-spasmodiques et des anesthésiques. On se servira d'éther, des gouttes d'Hoffmann, d'inhalations d'éther et de chloroforme. La compression des zones frénatrices n'est plus guère employée. Enfin c'est à l'action médicamenteuse que nous aurons recours. Les vieux procédés, comme l'ingestion forcée d'eau froide dans l'estomac ne sont plus employés; nous préférons le lavement d'eau froide, la flagellation avec serviette mouillée, les affusions froides. L'éther, le chloroforme, sous forme d'inhalations; l'asa fœtida, le musc, et surtout la poudre de valériane auront nos préférences. Enfin, un traitement général anti-spasmodique et narcotique s'adressera à tout hystérique, de même les aimants puissants et les plaques métalliques pourront rendre des services.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — De l'apoplexie hystérique. Arch. gén. de méd., janvier-février 1887; Thèse de Paris, 1887.

Ananief. — Hémi-anesthésie saturnine. Thèse Paris, 1878.

Benédillet. — Ueber elect. untersuch. und Behandl. Wiener Med. Halle, 1864.

Berbez. — L'hystérie toxique. Gaz. hôpit., 14 janv. 1888.

Borel. — Affect. hyst. des globes oculaires. Arch. ophtal., 1887.

Brissaud. — Des paralysies toxiques. Th. agrég., Paris, 1886.

Brochin. — Apoplexie satur. avec hémiplégie et hémi-anesthésie; épilepsie. Gaz. Hôpit., 1875.

Charcot. — Hémi-anesthésie hyst. et hémi-anesthésie toxique. Bull. médic., 1887.

De Cours. — Hémi-anesthésie saturnine. Th. Paris, 1875.

Debove. — De l'apoplexie hystérique. Bull. de la Société méd. des hôp., 13 août 1886; — Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 20 août 1886.

Duplay. — De l'amaurose suite de coliques de plomb. Archives méd., 1834.

Fernet. — Des tremblements. Th. agrég., Paris, 1872.

Frank. — Un cas d'encéphalopathie saturnine avec amaurose. Wien. Med. Presse, n° 22.

Hardy. — Hémi-anesthésie saturnine. Gaz. hôpit., 22 fév. 1885.

Heugon. — Paral. satur. généralisée. Th. Paris, 1877.

Hischmann. — Intoxications et hystérie. Th. Paris, 1888.

Hanot et Mathieu. — Hémi-anesthésie saturnine. Arch. méd., 1878.

Hamant. — Hémi-anesthésie saturnine. Th. Paris, 1879.

Hitzig. — Studien ueber bleivergiftung. Berlin, 1868.

Lereboullet. — Société médicale de Paris.

Letulle. — L'hystérie dans le saturnisme. Bull. méd., 7-10 août 1887.

Lancereaux. — Paralysies toxiques. Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1881.

Manouvriez. — Dict. Jaccoud, art. Plomb.

Margarot et Blanchard. — Gaz. méd. de Montpellier, 10 janv. 1913.

Mossi. — Hystérie chez l'homme. Gaz. hebd. des sciences médic., Montpellier, 1883.

Potain. — Sur un cas de paralysie hystéro-saturnine. Leçon, 7 janv. 1887.

— De la paralysie saturnine. Gaz. Hôpit., 1881.

Proust et Ballet. — Hémi-anesthésie saturnine. Bulletin Soc. méd. des hôpit., 1879.

Renaux. — Intoxication saturnine chronique. Th. agrég., Paris, 1875.

Sansoen. — Etude de la paralysie saturnine.

Tanquerel des Planches. — Traité des maladies du plomb et mémoire sur l'anesthésie saturnine.

Vicenti. — Hémi-anesthésie et aphasie saturnine à la suite

d'encéphalopathie saturnine. Progrès médical, 9 déc. 1882.

Vigouroux. — Hémiplégie sensitivo-sensorielle guérie par application à distance d'un aimant. Gaz. Hôpit., 1878.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1914.
P. le Recteur,
Le Doyen de la Faculté de Médecine, délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !